

## تقييم التأهل ELIGIBILITY REVIEW

### أسئلة وأجوبة

إذا احتجت إلى مساعدة لقراءة هذه الوثيقة، الرجاء طلب المساعدة من موظف الاستقبال.

#### سؤال: كيف أتقدم بطلب للحصول على المساعدة؟

- جواب:**
- أولاً استمارة الطلب وخذها أو أرسلها عن طريق البريد إلى مكتب المحلي.
  - ضع علامة في المربع الموجود بالصفحة 2 إذا احتجت للمساعدة.
  - للبدء في إجراءات الطلب، أعطنا اسمك وعنوانك وتوقيعك.
  - إن لم يكن لك عنوان، أعلم المستلم بذلك.
  - لإستكمال إجراءات الطلب، أملأ الصفحتين 3 و 4.

#### سؤال: متى ستبدأ المساعدة؟

- جواب:**
- تبدأ المساعدة المالية والطبية لما تمدنا بكل المعلومات التي نحتاج إليها للتأكد من أهليتك.
  - تبدأ المساعدة بالنسبة للطعام الأساسي في التاريخ الذي تقدم فيه الطلب.

#### سؤال: ماذا لو احتجت إلى مساعدة غذائية في الحين؟

**جواب:** أجب عن الأسئلة من 1 إلى 14 وسلم الاستمارة إلى موظف الاستقبال في الحين. إن لم تكن بالمكتب المحلي، أرسل هذه الاستمارة عن طريق البريد أو سلمها بنفسك إلى المكتب المحلي.

قد تحصل على المساعدة الغذائية خلال خمسة (5) أيام من تاريخ استلامنا للطلب إذا:

- قدمت ما يثبت هويتك؛
- إن كان دخل عائلتك ضعيف جداً أو موارد أخرى؛
- أو إن لم يكن دخل عائلتك والموارد الأخرى يكفي لتغطية الإيجار الشهري والمرافق؛
- إن كان أحد أفراد العائلة، عاملاً مُتنقلاً عاطلاً عن العمل أو عاملاً فلاحياً موسميًا.

#### سؤال: هل بإمكانني الحصول على المعلومات وخدمات الإحالة؟

**جواب:** إذا لم يكن دخلك يتجاوز الحد الأقصى لإجمالي الدخل (راجع قانون WAC 388-478-0060)، فإنك تتأهل لاستخدام موقعنا على الإنترنت للمعلومات والإحالات، واسم الموقع باللغة الإنجليزية Your Community Services Office، للبحث عن الخدمات التي قد تحتاج إليها أنت أو عائلتك. ويتضمن هذا الموقع العديد من المعلومات حول البرامج والموارد التي تقدمها المصلحة في المنطقة والتي قد تستفيد منها. لاستعمال هذا الموقع، زر العنوان التالي باستخدام أي جهاز كمبيوتر يمكنك من الوصول إلى الإنترنت: <https://wvs2.wa.gov/dshs/onlinecso>.

#### معلومات هامة حول وضع الهجرة وأرقام الضمان الإجتماعي

- بإمكانك تقديم طلب للحصول على المساعدة لبعض أفراد عائلتك حتى وإن كان بعض أفراد العائلة غير مؤهلين بسبب وضعهم القانوني إزاء الهجرة. توفر ولاية واشنطن بعض البرامج الطبية للأفراد بدون رقم ضمان إجتماعي أو ما يثبت وضعهم القانوني إزاء الهجرة.
- إذا احتجت إلى مساعدة غذائية أو مالية، سوف تضطر إلى تقديم رقم الضمان الإجتماعي أو ما يثبت وضعك القانوني إزاء الهجرة، بالنسبة للأشخاص المتقدمين بالطلب فقط. بإمكانك أن تقدم رقم ضمانك الإجتماعي تلقائياً، ولن نستعمله إلا للتثبت من المعلومات الضرورية، مثل دخلك، لتحديد توهلك. إذا اخترت عدم توفير رقم ضمانك الإجتماعي أو ما يثبت وضعك القانوني إزاء الهجرة، سوف يتم التثبت من دخلك ومواردك إن كان ذلك ضرورياً لتحديد تأهيلك.



مُساعدة مالية



مُساعدة غذائية



مُساعدة طبية



مُساعدة عامة لمن لا يتأهل للعمل



عناية التمريض في المنزل أو المساعدة للأحياء

أشخاص تُساعد أشخاص

تمنع كتابة الدولة للفلاحة بالولايات المتحدة (s) التمييز في كل برامجها ونشاطاتها باعتبار العرق أو اللون أو الجنس أو الدين أو البلد الأصلي أو التوجهات السياسية. بالنسبة للأشخاص ذوي إعاقة والذين تتطلب حالتهم وسائل إتصالات بديلة للمعلومات حول البرنامج (لغة براي أو طباعة بالخط الكبير أو كاسيت سمعية، إلخ)، يجب عليهم الاتصال بمركز كتابة الدولة للفلاحة:

"USDA's TARGET Center" بالرقم التالي: 2600-720 (202) (بالنسبة للصم والبكم). إذا أردت رفع دعوى في التمييز، الرجاء الكتابة إلى مكتب الحقوق المدنية:

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410

أو الاتصال بالرقم: 2600-720 (202) (بالنسبة للصم والبكم). تحترم كتابة الدولة للفلاحة مبدأ المساواة في التوظيف.



## FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED INITIALS

## تقييم التأهل

إذا احتجت مساعدة للملاحة الاستمارة، الرجاء تأشير هذا المربع وأخذه إلى موظف الاستقبال.



1. الاسم الأول	الحرف الأول للاسم الثاني	اللقب العائلي	التوقيع (الزامي)	2. رقم هوية العميل (إن كان معروفاً)
3. عنوان السكن	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	4. رقم الهاتف بالمنزل أو هاتف الرسائل الصوتية
5. العنوان البريدي (إن كان مختلفاً)	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	6. رقم الهاتف بالعمل
9. أنا مُتقدم بطلب للحصول على (الرجاء وضع إشارة على كل المربعات المناسبة):				
<input type="checkbox"/> مال	<input type="checkbox"/> تمرير في المنزل	<input type="checkbox"/> غيره (الرجاء الشرح):		
<input type="checkbox"/> غذاء	<input type="checkbox"/> علاج بسبب الإدمان على المخدرات والكحول			
<input type="checkbox"/> علاج طبي	<input type="checkbox"/> COPES (مساعدة المعاش أو داخل المنزل)			
10. ما هو المبلغ الذي من المنتظر أن تحصل عليه عائلتك في هذا الشهر: \$ _____				
11. ما هو المبلغ الذي في حوز عائلتك الآن سواء نقداً أو مودعا في حسابات بنكية: \$ _____				
12. ما هو مبلغ الإيجار أو القرض العقاري الذي تدفعه عائلتك شهرياً: \$ _____				
13. ما هي المرافق التي تتكلف بها عائلتك: <input type="checkbox"/> التدفئة/التبريد <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____				
14. هل يعمل أحد أفراد العائلة في المزارع بشكل موسمي أو مُتقل؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا				

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service:  Yes  No Screener's Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

15. يجب أن يتمّ الحديث عن طريق الهاتف لأنني: <input type="checkbox"/> مُسنّ <input type="checkbox"/> مُعاق <input type="checkbox"/> أعمل <input type="checkbox"/> هناك إعاقات أخرى: _____	
16. <input type="checkbox"/> أحتاج إلى مُترجم. أتحديث _____ <input type="checkbox"/> أو لغة الإشارات: أريد رسالتي باللغة: _____	
17. إن كنت تطلب مُساعدة غذائية، ما هو عدد الأفراد في عائلتك الذين تشتري الطعام وتعدده لهم؟ _____	
18. خلال 30 يوماً الماضية، حصلت على مُساعدة مالية أو غذائية أو طبية من ولاية أخرى أو من مصدر آخر: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
19. لقد تمت إدانتني، أو إدانة شخص آخر أتقدم باسمه في هذا الطلب، بسبب جريمة لها علاقة بالمخدرات بعد تاريخ 21 أغسطس 1996: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
20. إني، أو شخص آخر أتقدم باسمه في هذا الطلب، هارب من القانون لأتجنب الذهاب إلى السجن بسبب جريمة <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	
21. إني، أو فرد آخر من عائلتي في حالة، (أشّر كل ما هو مُناسب): <input type="checkbox"/> حامل: تاريخ الولادة: _____ <input type="checkbox"/> تم غلق المرافق أو ليس هناك تدفئة <input type="checkbox"/> في حالة طبية طارئة <input type="checkbox"/> إشعار بإخلاء الملّ <input type="checkbox"/> حالة عنف عائلي <input type="checkbox"/> إعاقة (أذكر النوع): _____	
22. المعلومات التالية إرداية ولن تُستعمل لتحديد تأهلك للحصول على المُساعدة.	
أصلي العرقي إسباني أو لاتينو: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> أعتبر أصلي العرقي على أنه (أشّر كل الأجوبة المناسبة): <input type="checkbox"/> أبيض <input type="checkbox"/> أسود أو إفريقي-أمريكي <input type="checkbox"/> آسيوي <input type="checkbox"/> من مواليد جزر هوائي أو جزر الباسيفيك <input type="checkbox"/> من الهنود الحمر أو من مواليد ألسكا: ما هو اسم القبيلة: _____ <input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكر): _____	
23. أذكر أسماء كل أفراد العائلة، حتى وإن كنت غير مُتقدماً بطلب نيابة عنهم (ألحق أوراق إضافية إن كان ذلك ضرورياً).	

الجنس ذكر أو أنثى	خياراتي لغير مُقدمي الطلب			هل تريد مساعدة لهذا الشخص؟ نعم لا	ما هي علاقة القرابة بينكما؟ أنا	الاسم (الأول، الوسط، اللقب العائلي)
	رقم الضمان الاجتماعي	إن لم يكن مواطناً أمريكي، هل هناك وثيقة تثبت وضعه القانوني؟ نعم لا	مواطن أمريكي؟ نعم لا			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



اسم صاحب الطلب	رقم الضمان الاجتماعي	رقم هوية العميل
----------------	----------------------	-----------------

### I. معلومات عامة

1. كل الأفراد الذين تقدمت بالطلب نيابة عنهم يسكنون في ولاية واشنطن.  نعم  لا إن كان الجواب نعم، بداية من (أذكر التاريخ): \_\_\_\_\_
2. أنا أو فرد آخر في عائلتي، أجنبي تحت الكفالة:  نعم  لا
3. أحد الأفراد لا يقيم معنا حالياً بصفة مؤقتة:  نعم  لا إن كان الجواب نعم، من هو هذا الفرد (أذكر اسم الفرد): \_\_\_\_\_
4. أنا، أو أحد أفراد عائلتي من قدماء المحاربين أو معال أو زوج (زوجة) أحد قدماء المحاربين (متوفياً أو على قيد الحياة):  نعم  لا
5. أنا أسكن في:  منزلي أو شقتي  منزل خاص بالبالغين  منزل مُخصص لمجموعة من الناس  منشأة (أذكر النوع): \_\_\_\_\_  غيره: \_\_\_\_\_
6. أنا:  أعزب (عازبة)  متزوج (متزوجة)  مطلق (مطلقة)  منفصل (منفصلة)  أرمل (أرملة)

### II. معلومات حول التأمين الصحي والطبي

أنا، أو نحن (ضع علامة على المربع المناسب):

1. لدي (لدينا) مشاكل صحية تمنعني (تمنعنا) من العمل .....  نعم  لا
2. لدي (لدينا) فواتير طبية غير مدفوعة .....  نعم  لا
3. أحتاج (نحتاج) إلى مساعدة لدفع فواتير طبية خلال الثلاثة (3) أشهر الماضية .....  نعم  لا
4. أنوي (ننوي) الدخول إلى، أنا (نحن) في، أو غادرنا مؤخرًا منشأة طبية (مثل المستشفى أو منشأة للرعاية) .....  نعم  لا
5. لدي (لدينا) تأمين صحي (بما في ذلك «ترايكار» «Tricare» أو تأمين «Long-Term Care Insurance») .....  نعم  لا
6. لدي (لدينا) مديكار Medicare (ملاحظة: هذا مختلف عن القسيمات الطبية) .....  نعم  لا
7. لقد أصبت (أصبتنا) في حادث يتطلب عناية طبية .....  نعم  لا

### III. الموارد

ليس عليك ملأ هذا القسم إن كنت متقدماً بطلب للحصول على مساعدة طبية للأطفال أو مساعدة طبية بسبب الحمل فقط.

بالإضافة إلى العناصر المذكورة أدناه، تشمل الموارد النقد أو المال في حوز أشخاص آخرين أو عقود البيع أو الماشية أو القمح (الصاد، الثمار) والمعدات التجارية.

1. لدي، لزوجي (زوجتي) أو لشخص آخر أتقدم بالطلب نيابة عنه، موارد:  نعم  لا إن كان الجواب نعم، الرجاء ذكر هذه الموارد أدناه:

نوع المورد؟	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	المبلغ أو القيمة	من يمتلك هذا المورد؟	أين يوجد هذا المورد (مثال: اسم البنك)؟	المبلغ أو القيمة
حساب (حسابات) بنكية			\$			\$
حساب (حسابات) إيداع أو نقابات التسليف			\$			\$
حساب (حسابات) مدفوعات نقدية أو السوق النقدية			\$			\$
أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي			\$			\$
أسهم أو سندات أو استثمارات مُشتركة صندوق تقاعد أو إجراءات التقاعد الشخصية (IRA)			\$			\$
حسابات أو خطة أو قطعة أرض للدفن			\$			\$
تأمين على الحياة			\$			\$
ملكية			\$			\$
غير ذلك:			\$			\$
غير ذلك:			\$			\$

2. أنا أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، بعث أو تبادلت أو تنازلت عن أو نقلت مصدراً خلال الخمسة (5) سنوات الأخيرة (بما في ذلك المنقولات إلى أموال تحت الوصاية أو أملاك مدى الحياة):  نعم  لا إن كان الجواب نعم، ما هو هذا المورد: \_\_\_\_\_ متى: \_\_\_\_\_

3. لدي، أو لشخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، السيارات (العربات) التالية (بما في ذلك الشاحنات والحافلات والمركبات والقطارات):

السنة (مثال: 1980)	النوع (مثال: فورد)	الموديل (مثال: إسكورت)	هل هذه العربية مؤجر؟	أنا (نحن) أستعمل هذه العربية لأغراض طبية.	أنا (نحن) لزلت مدينا بالنسبة لهذه العربية.
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
			<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا



#### IV. الدخل

1. لدي، أو لزوجي (زوجتي) أو لشخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، دخل:  نعم  لا إن كان الجواب نعم، املأ هذا القسم:

اسم صاحب العمل ورقم الهاتف	المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)
هل هذه وظيفة حرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$ كل: ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> أسبوعين
من هو الشخص الحاصل على هذا الدخل:	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريا <input type="checkbox"/> ساعات في الأسبوع: _____ تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم جمعة): _____
اسم صاحب العمل ورقم الهاتف	المبلغ الإجمالي الحاصل (القيمة بالدولار قبل الضرائب)
هل هذه وظيفة حرة؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	\$ كل: ساعة <input type="checkbox"/> أسبوع <input type="checkbox"/> أسبوعين
من هو الشخص الحاصل على هذا الدخل:	<input type="checkbox"/> مرتين في الشهر <input type="checkbox"/> شهريا <input type="checkbox"/> ساعات في الأسبوع: _____ تاريخ الدفع (مثال: 1 و 15 من كل شهر، أو كل يوم جمعة): _____

2. أنا، أو زوجي (زوجتي) أو شخص آخر تقدمت بالطلب نيابة عنه، غادر وظيفته خلال الستين (60) يوما الماضين.  نعم  لا

3. دخل آخر	من يحصل على الدخل؟	المبلغ الجملي الشهري	من يحصل على الدخل؟	المبلغ الجملي الشهري
مساعداً بسبب البطالة (عدم الشغل)		\$		\$
الضمان الإجتماعي		\$		\$
دخل إضافي من الضمان الإجتماعي (SSI)		\$		\$
إعالة طفل أو صيانة زوج (زوجة)		\$		\$
التقاعد أو المعاش		\$		\$
إدارة قدماء المحاربين (VA) أو الجيش		\$		\$
الشغل والصناعة (L&I) أو منافع التأمين		\$		\$
أموال تحت الوصاية أو إيراد سنوي		\$		\$
غير ذلك:		\$		\$

#### V. المصاريف (النفقات) الشهرية

الإيجار	الرهن	إيجار محل	تأمين الملكية	ضرائب على الملكية	تقديرات الملكية
\$	\$	\$	\$	\$	\$
المرافق (ضع علامة على كل المربعات المناسبة): <input type="checkbox"/> الكهرباء (دون التدفئة) <input type="checkbox"/> الهاتف <input type="checkbox"/> التدفئة (الغاز، الكهرباء، النفط) <input type="checkbox"/> الماء، الزبلة، ... هناك وكالة أخرى، أو شخص آخر يساعدني على دفع قسط من، أو كل نفقات المنزل: <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إن كان الجواب نعم، من: _____ ما هي هذه النفقات: _____ المبلغ الذي يدفعونه: \$ _____ أقوم (نقوم) بدفع، أو من المنتظر أن أدفع (ندفع) (ضع علامة على كل المربعات المناسبة):					
<input type="checkbox"/> عناية طفل أو شخص معال	المبلغ الشهري:	\$	من يدفع:		
<input type="checkbox"/> إعالة طفل	المبلغ الشهري:	\$	من يدفع:		
<input type="checkbox"/> فواتير طبية	المبلغ الشهري:	\$	من يدفع:		

#### التصريح والتوقيع

لقد قرأت وأطلعت على (أو فُسرت لي) حقوقي وواجباتي واستلمت نسخة من وثيقة « حقوق وواجبات العميل (DSHS 14-113(X)). يجب أن أصرح بكل التغييرات كما هو مطلوب من طرف الإدارة. يجب أن أقدم الأدلة الثابتة على أي مؤهل. قد تُساعدني إدارة (DSHS) على الحصول على هذه الأدلة أو الاتصال بأشخاص أو وكالات آخرين من أجل ذلك. بحصولي على المساعدة المؤقتة للعائلات المحتاجة (Temporary Assistance to Needy Families - TANF) أو مساعدات العناية الطبية، إنني أحول بعض حقوقي فيما يتعلق بإعالة الطفل أو بالرعاية الطبية إلى ولاية واشنطن. أحيل (نحيل) بتقديم طلبي والحصول على مساعدات الرعاية الطبية إلى ولاية واشنطن حقوقي (حقوقنا) في الحصول على المساعدة الطبية وأي دفعات لطرف ثالث بسبب العناية الطبية مقابل هذه الخدمات أثناء حصولي على المساعدة الطبية. أصرح تحت طائل عقوبات الغش والتزوير أن المعلومات التي قدمتها في هذه الوثيقة صحيحة وحقيقية وكاملة إلى حد معرفتي. أنا متفهم أنه بالإمكان محاكمتي عدلياً إذا استلمت مساعدة نقدية أو غذائية أو طبية بصفة غير صحيحة لأنني قُمت عنوة بتقديم تصريحات مزورة أو لم أقدم عنوة معلومات كان عليّ الإدلاء بها. يجب على صاحب المطلب فقط توقيع الوثيقة إن كان المطلب يتعلق بمساعدة برنامج الطعام الأساسي (Basic Food). إن كان المطلب للحصول على مساعدة مالية أو طبية، يجب على كل أفراد العائلة البالغين توقيع الوثيقة.

توقيع صاحب الطلب	التاريخ	توقيع صاحب الطلب الثاني البالغ	التاريخ
توقيع المُساعد أو المُمثل	التاريخ	توقيع الشاهد إن كان التوقيع بإشارة "X"	التاريخ

